abbiano uno spazio per poter dire qualcosa. C'è anche da dire che un atto dovuto è andarcene, perché qui non eravamo previsti nel pomeriggio. Cerchiamo di fare le cose insieme. Non mi mettete per l'ennesima volta a fare un macello, che è una delle mie prerogative essenziali. Sul giornale che abbiamo fatto per il congresso, c'è un articoletto mio, dove c'è scritto: colpito e affondato. Perché tutte le leggi che sono state fatte dallo Stato, sono state colpite e affondate. E me lo ricordo quando sottovoce uno faceva: h4, colpito e affondato, legge 45, Stato - Regioni, colpito e affondato. Dichiarazione dell'MS sul metadone, colpita e affondata.»

Voce maschile:- «Non sono un operatore, sono un infiltrato. E quindi capirete un attimo un po' di tensione. Sto tranquillo, ma ho altre persone che mi affrancano dalla tensione. Voglio solo un attimo parlare di me, naturalmente perché questo può essere uno spunto per considerare alcune cose che sono state dette. Ho cinquant'anni. Ho contratto una dipendenza da oppiacei nel 1978 e dal 1980 sono in mantenimento metadonico e ho subito, in tutti questi anni, tutti gli interventi disastrosi prima dell'ANSELMI, e poi è arrivato DE LORENZO, non li dico neanche in successione perché non li ricordo neanche più. E tutte le volte che mi è stato interrotto il trattamento ho pagato delle conseguenze inenarrabili, e cioè ricoveri in case psichiatriche e altre cose che non vi sto neppure a raccontare, perché sono veramente drammatiche. Dal 1980 ho cominciato con il trattamento continuativo, anche se non sono mai riuscito ad avere una dose appropriata; è solo in questi anni che le dosi appropriate di metadone sono state cominciate ad essere attrezzate per quello che sono. Solo quindi dal 1980, ho cominciato di fatto a vivere una vita estremamente regolare, sono un dipendente pubblico, lavoro in un servizio di formazione e comunicazione, di un Comune, sono inserito nella società a tutti i livelli, ho tre figli, di cui uno in affidamento, questo è un esempio tra tutti; naturalmente non ho detto che avevo problemi, e mi è stato tolto. Dopo quattro anni che seguivo insieme alla mia famiglia un bambino extracomunitario di quattro anni, e insieme alla mia famiglia l'abbiamo aiutato a approcciarsi nei confronti della vita in modo più accettabile, hanno preteso dopo che avevo passato tutti i colloqui, e quindi ritenevano la nostra famiglia idonea, sono venuti per via indiretta a sapere che ero in mantenimento metadonico, mi hanno obbligato a chiedere una certificazione dove ero drug free, perché con il mantenimento metadonico non ero più idoneo. Dopo cinque anni di lavoro fatto con i gruppi, con assistenti sociali, con gli psicologi, il mio nucleo familiare era tutto regolare, mi hanno tolto la possibilità formale di andare avanti con questo bambino. Naturalmente non abbiamo dato importanza agli aspetti formali, e nell'aspetto sostanziale, questo bambino continua a essere all'interno del mio nucleo familiare. In sostanza, quello che vi chiedo, è solo questo. Adesso sono estremamente spaventato, ho un terrore folle, ancora una volta, so che la scienza è quella che mi dà tutte le ragioni, perché la scienza oggi, la rete Internet, mi dà anche la possibilità di verificare le varie cose che si sentono dette nei SERT. Sono riuscito, finalmente, a uscire da una logica di droga di stato, quella droga che è diventata tale, il metadone, solo perché voi operatori, in senso lato naturalmente, avete fatto sì che questo avvenisse, con le contrattazioni. Il mio SERT, che è il SERT di Modena, dove succedono delle cose veramente particolari e molto strane. Come dice NARDINI, tutti coloro che fanno dei mantenimenti obtorto collo, poi fanno forse più danno di quelli che non accettano di farlo o per lo meno che non hanno voglia di esserci. Però non è questo quello di cui volevo parlare. Io volevo dire questo. In sostanza, io ho un terrore folle. Se la destra andrà al potere e il proibizionismo avrà i risultati che stanno in qualche modo facendo, che cosa farete voi? Ho davanti il dottor INZANI che è la prima volta che vedo, ma che conosco. Persone come NARDINI mi danno la sensazione che forse non sarò solo. Nel momento in cui questi rapporti con la sostanza, che sono rapporti positivi, stabilizzati, che danno un riscontro in termini di qualità di vita, in che modo sarò tutelato? Questo è quello che volevo chiedervi e come la vostra etica in qualche modo vi imporrà di aiutarci nel momento in cui la legge ci impedirà di farlo, se

le destre andranno al potere.»

Chairman Dott. Carlo VALENZI:- «Evidentemente non riesco ad essere chiaro, perché insieme ad INZANI, un po' meno a NARDINI, ci stavo pure io, per due anni senza stipendio, con una famiglia, t'assicuro che non è gradevole. A quei tempi ero un dipendente del professor GUZZANTI, che era ministro della Sanità. Allora andai da lui, dicendogli: guardi professore qui c'è il problema, datemi una risposta, perché poi bastava una risposta per il GIP no? GUZZANTI disse: VALENZI, ma evidentemente, era un uomo eccezionale, lo ricordo come una persona splendida, vedi che a te, poi, in fin dei conti, i guai ti fanno bene. Guarda come stai bene in salute. Dissi: mi faccia dimagrire, a me farebbe pure piacere, se divento uno scheletro, guardi che io godo.»

Dott. NARDINI:- «Due cose delle quali mi dispiaccio. Sono arrivato tardi perché ho dovuto camminare circa un'ora e mezza per trovare questa sala. E quasi nessuno sapeva dirmi dove si poteva fare questa cosa. Ho scelto questa sessione perché mi interessava proprio l'argomento. Per ribadire non tanto quelle cose che sono state dette da relatori, cose eccezionali, io li avrei ascoltati per altre mezz'ore, perché in effetti ci hanno detto quello che si dovrebbe fare, ci hanno detto di tutto, dell'ascolto, dell'approfondimento, dell'aggiornamento. Ci hanno detto che noi, a questo soggetto tossicodipendente, dobbiamo dare delle cose così sofisticate, così nutrite, piene di significato, che veramente non c'è niente da dire su queste relazioni veramente eccezionali. Però ho voluto stare su un altro piano. Prima di tutto anche perché non so rivestire così, in maniera letteraria, tutti i concetti che cercherò di esprimere. Cioè sono andato a vedere dove non c'è l'etica. Se dobbiamo parlare di etica dei trattamenti, in maniera molto lapidaria, molto immediata, ho fatto un bilancio. Dov'è che non c'è l'etica del trattamento? E allora ho visto che c'è da poche parti. Nelle carceri non c'è nessuna etica del trattamento, anche laddove sono inseriti medici. I trattamenti nelle carceri vengono fatti in modo discontinuo, in maniera coatta, perché? Perché in carcere si fa così. E se tu riesci ad avere una visita di un medico di fiducia esterno, che è pure contemplato nella legge, in carcere si fa così. Ci sono delle eccezioni. Chi è giunto nelle carceri con il suo trattamento, col suo piano terapeutico, deve rinunciarci. Ci sono carceri privilegiate, cioè a custodia attenuata, dove sono ammesse solo persone tossicodipendenti che rinunciano al trattamento. Solicianino, a Firenze, è un esempio. Si entra a Solicianino soltanto se non si fa il metadone, cioè se non ci si cura. Manca però, a valle di questa esperienza, sapere quante persone escono dal carcere attenuato, quante overdosi, quante ricadute. E questa non è etica. Voi sapete che le vicende di San Patrignano hanno riempito le aule dei tribunali. Se voi leggete gli atti del primo processo di Rimini, Vincenzo MUCCIOLI faceva lavorare gli addetti nella vigna del Signore sulla collina benedetta, che era l'unico posto che si sarebbe salvato dal cataclisma imminente. Nessuno ha posto il problema etico a questo personaggio, che è stato trovato A praticare procedure di segregazione nei pollai, nei porcili. Ben vengano le catene se salvano i nostri figli dalle catene della droga. È etico tutto questo? Cosa sappiamo, quali trasformazioni sono avvenute in San Patrignano dal giorno in cui avvenivano queste cose? L'ultima eclatante è l'omicidio MARANZANO: il cadavere è stato gettato nella discarica. Cosa ne sappiamo di quello che è avvenuto: l'immagine di questo recinto che ci danno Maurizio COSTANZO e FEDE il giorno di Natale. Allora, voglio capire se qualcuno si è interrogato, se è etico questo, se è giusto, se in un paese civile noi dobbiamo veramente fare in modo che la politica sulla droga ci venga imposta da quattro preti, o sacerdoti, con tutto il rispetto, e un guaritore. È etico don Pierino GELMINI quando dice che questo Natale libera cinquecento guariti, usciti dal tunnel della droga? È etico che questa gente voglia definire noi, voi, spacciatori di droga per conto dello Stato, senza che nessuno osi denunciarli? Io ero al "Corriere della Sera" l'altro giorno, a Milano, per un'intervista, mi hanno detto: non si può parlare male di MUCCIOLI. Perché MUCCIOLI ci denuncia. È vero, ha denunciato quella persona che

ha scritto e ha raccolto delle firme per fare intitolare la strada anziché a MUCCIOLI a MARANZANO. Adesso quello è sotto processo. Verrà anche assolto, però intanto si deve pagare l'avvocato. Non c'è etica nelle comunità terapeutiche. Ma che cos'è il mondo delle comunità terapeutiche? È il mondo che assorbe il 90% delle risorse. Pochi giorni fa ero in una comunità dove abbiamo inserito una ragazza ucraina perché partorisse. Non era contenta all'idea di abortire. Ha partorito. Mi dispiace che don Bruno FREDIANI non ci sia, perché è una delle sue comunità. Ebbene questa ragazza mi ha detto: sono terrorizzata. Perché? Perché mi mettono fuori struttura. Cosa vuol dire fuori struttura? Sai mi mandano in una lavanderia, non posso parlare con nessuno, non posso vedere la televisione, non posso fare niente. Anche quindici venti giorni, te lo immagini, esco pazza. Logicamente tutto questo dopo l'averla istigata a togliersi le cure di dosso, dopo averla riempita di psicofarmaci, dopo aver fatto in modo che questa ragazza si sia tagliata tutta un braccio, classico no? Avrete visto i tossicodipendenti col braccio tutto sfregiato, per insofferenza, perché nessuno li ascoltava. È etico questo? E allora vedo nelle carte, laddove si distribuiscono le risorse. Ceis, benissimo, è anche questo un modulo in via di trasformazione. A Firenze, quasi tutte le risorse, in Regione, sono occupate da queste organizzazioni. Il progetto Ceis è finanziato al massimo. Ma se siete una modalità che forse avrà l'impatto sul 5, 6%, perché non dovremmo riparametrare queste risorse? È etico fare così? Io dico di no. È etico che queste organizzazioni che fanno i fuori struttura, che fanno pulire le mattonelle con gli spazzolini da denti, che fanno riempire e scavare le buche terapeutiche, è giusto che abbiano le convenzioni con il servizio pubblico, che dovrebbe controllare che queste cose non avvengano, perché sono violazioni dei diritti della persona e dell'ordinamento giuridico, quindi sono fuori legge. Però il SERT magari ci va, fa una visitina superficiale. Ma interroga i reduci. L'87% delle persone che noi abbiamo in cura, sono reduci dalle comunità terapeutiche e i loro racconti sono allucinanti. Pensate che ci sono comunità che ancora adesso pretendono di essere pagate vuoto per pieno. Non c'è più la retta giornaliera. Questo è importante. Non dico questo di fare di ogni erba un fascio, ma in tanti servizi dov'è l'etica? Arriva un povero disgraziato e si trova di fronte alla griglia di ammissione. Alle soglie, basse, alte. E poi si trova di fronte una persona che vuole sapere tante cose prima di dargli un trattamento. Cioè vuole sapere se ha visto la sua mamma che fornicava col lattaio. Tante belle cose prima. Oppure gli dice: torna fra venti giorni. Perché anche l'altro giorno mi è capitata una ragazza dalla provincia di Brescia, a cui ho detto: ma sei andata al servizio? Ha risposto: sonno due mesi che vado al servizio. Ma il medico che t'ha detto? Il medico non l'ho visto mai, c'era un'assistente sociale. Ma glielo hai detto che ti buchi tutti i giorni? Mi hanno detto che loro lo sanno che io mi buco tutti i giorni, ma che vogliono approfondire molto bene che tipo di trattamento darmi. Come se io mi troncassi una gamba e arrivassi all'ospedale e mi dicessero: sì, forse ti ingesseremo anche, ma prima vogliamo sapere quali sono i motivi profondi di questo tuo comportamento, per cui ti sei anche sventatamente troncato una gamba. Questo è il punto fondamentale. Accanto ho la provincia di Massa, dove i servizi per i tossicodipendenti, qui lo dico qui e lo sostengo, sono macchine perfettamente attrezzate per la lotta ai drogati, non certo per la loro assistenza. Un'ipotesi di interazione fra noi e loro: la responsabile del SERT ci dice che non può collaborare con noi. Perché voi siete con i tossicodipendenti. In questi scenari, dov'è l'etica? Io ho 204 cartelle aperte. Oltre cento di queste cartelle aperte riguardano persone che vengono lì per consulenza e poi attuano i trattamenti nei loro servizi pubblici, perché è un diritto per legge. Un diritto che poi non vogliono riconoscere. Ebbene, noi vediamo un po' un panorama di quello gira. Torino applica il 445, che non c'è più dal 1993. Sento, a un certo punto, ma questa dove sta, dove è residente? È residente dove gli pare e va a curarsi dove gli pare. Ma se andasse a prendere il metadone da due parti? Ma lei è medico dico? Sì. Allora, scusi, ma lei lo sa che io non vado a farmi trapanare il dente due volte da due dentisti diversi. Non ha ancora capito, dopo tanti anni, che il metadone non è una sostanza da abuso, che, messo a disposizione dei bisognosi, ne

usano di meno di quello che ne dovrebbero usare? E magari andasse a prendere il metadone da un'altra parte. Perché non gli dici: scusa, ti risparmio il viaggio, te lo do io? Il famoso discorso delle dosi adeguate. E' etico che ancora nei servizi ci sia gente che non sa nemmeno cosa è il metadone e come funziona? Questo è il punto fondamentale, questo volevo dire. L'antiproibizionismo. Sono d'accordo con INZANI. Ci sono medici come INZANI, come VALENZI e come la dottoressa TRETOLO a Firenze, che è stata condannata nei tre livelli, perché dava più morfina di quella che un comitatino pseudo scientifico aveva deciso che era terapeutico. Tutti i medici sanno che con la morfina posso ammazzare uno: cinquecento milligrammi, ma se quello se la fa e non crepa, dopo tre ore è in astinenza un'altra volta. Questo comitato aveva stabilito che 120 milligrammi di morfina era il massimo da poter dare, anche perché corrispondeva ai famosi trenta milligrammi allora teorizzati dal professor MANNAIONI. Non si sa su quale base scientifica, comunque era questo quello che avveniva. Questa donna è stata buttata in un fondo di galera perché si vedeva tornare indietro questi ragazzi che dopo essersi fatti i 120 erano in sindrome di astinenza. E che cosa succedeva? Poverina, ha cercato di manipolare un po', è finita in un fondo di galera. Nonostante siamo andati io, TAGLIAMONTE, i farmacologi, anche GESSA, e abbiamo fatto mandare i messaggi da un sacco di persone è stata condannata. Poi, logicamente, ha avuto le scuse dell'ordine dei medici, insomma. Credo che abbia passato dodici anni di sofferenze. Allora, chi è il medico coraggioso come INZANI? Il medico è una bella figura, ne ho incontrati tanti, persone in gamba, eccetera, ma il medico deve cercare anche di non andare incontro a questi problemi, a queste responsabilità. È etico che, dal '93, la classe medica può interessarsi al di fuori dei SERT, collaborando o meno, insieme agli operatori SERT per la cura dei loro assistiti tossicodipendenti e ci sono soltanto mosche bianche che fanno queste cose ? Se vogliamo usare la parola etica, dobbiamo uscire dalla logica dei guaritori, dei preti, e cominciare a operare in scienza e coscienza, ma soprattutto in scienza. Perché la scienza c'è. Non è, come ha detto CARLESI l'altro giorno, che le cose non si sanno nemmeno; ci sono trenta anni di studi, ci sono valutazioni, pannelli di consenso che si sono riuniti e che hanno dato il loro consenso sull'efficacia, sulla sicurezza dei trattamenti, e non sulla sottrazione dei trattamenti, che è tutta un'altra cosa.»

Dott. Gian Luca FARFANETI:- «Sono uno psicologo del SERT di Cesena. Non farò domande, ma una piccola riflessione su questo tema che mi è sembrato molto interessante. Una piccola osservazione che volevo fare è di non ridurre questo discorso dell'etica dei trattamenti solo nel rapporto medico e paziente, ma, ovviamente, se la tossicodipendenza la riteniamo una malattia sociale, non ridurre quindi il discorso ad un rapporto tra il medico e l'organismo; sappiamo che dobbiamo tenere in considerazione l'ambiente familiare e anche, soprattutto, il senso di questa malattia. Si è molto parlato del metadone, si è molto parlato dei trattamenti sostitutivi e ovviamente non è l'unico trattamento nelle tossicodipendenze. C'è tutta una serie di interventi per cui il discorso etico è importante come per il metadone. Questo discorso è quello che penso e che mi si è riconfermato nel sentire questi interventi, cioè che le teorie scientifiche non fanno l'etica, cioè non ci dicono quello che deve essere etico o morale o giusto. Ma, gli esempi anche di VALENZI, del dottore che ha parlato prima, ci dicono che ce lo dà il discorso etico, il buon senso. Secondo me il dottor VALENZI ha fatto, con quella esperienza che raccontava prima, una cosa di buon senso, come ha fatto probabilmente il dottor INZANI e come tutti i giorni tentiamo di fare in servizio, leggi o non leggi attorno. Questo è collegato ad un altro discorso, secondo me importante per l'etica: che il medico non deve lavorare da solo. Non so l'esperienza di altri, discuto quotidianamente con i medici del mio servizio per fare trattamenti integrati. Ma questo non solo perché vogliamo essere nel ruolo, ma perché un operatore da solo è molto più debole che insieme agli altri. Per cui vorrei parlare dell'etica del buon senso dell'équipe. Mi sembra che sia un tema di cui non si sia parlato molto. Cioè il fatto che un intervento è di buon senso se fatto insieme, non fatto

solo nel rapporto solo medico paziente.»

Dott.ssa MANNUCCI:- «Lavoro in un SERT di Roma, una delle tante cose che mi preoccupa, è che non sono molto d'accordo con il collega quando dice che i SERT non rischiano molto. Noi, per come è messa la legislazione, rischiamo tutti i giorni nel dare il metadone. Ci stiamo chiedendo, e questo è molto kafkiano, che mentre grazie a questo articolo 83 si dà, nel paradosso, la possibilità ai medici di poter prescrivere dei farmaci per un dosaggio di trattamento per otto giorni, che non devono dimostrare altro se non quello delle terapia, noi medici non abbiamo niente per quanto riguarda le prescrizioni. Ogni volta che noi diamo l'affidamento del metadone, cioè l'affido, rischiamo. Perché, prima di tutto, ai medici, per esempio, o ad altre categorie di medici qualsiasi, non viene richiesto che devono dimostrare qualcosa, orine negative, dosaggi, stabilizzazione terapeutica non so da quanto tempo, ma a noi ci vengono chieste queste cose; la circolare ci mette in queste condizioni, devi dimostrare che il paziente non so da quanti anni non si buca. Poi non si parla di prescrizione. Adesso ci sono moltissimi colleghi, è un tam tam di telefonate, in cui tutti quanti dicono: facciamo delle prescrizioni fino ad otto giorni di trattamento, però rischiamo tutti i giorni. Perché non è che noi prescriviamo, noi affidiamo. E su questi termini e con questa situazione, anche di tipo legislativo che si va a definire, rischiamo continuamente.»

Dott. Giovanni NICOLETTI:- «La prescrizione e l'affidamento sono esattamente la stessa fattispecie. Poi i magistrati possono fare tutto quello che si vuole. Se c'è un rischio per l'affidamento, c'è esattamente lo stesso rischio per la prescrizione, perché la cosa è esattamente la stessa. Quello a cui lei si riferisce, è quella circolare del 1994, di cui non ho parlato perché non è una legge, è un'indicazione tecnica. E' capitato è che alcuni magistrati e Carabinieri la usino impropriamente come un elemento di valutazione dell'uso terapeutico, che giuridicamente è una cosa che sta ai margini; per questo quella circolare probabilmente dovrebbe essere rivista. Ma comunque è un'interpretazione, non è strettamente dentro la legge. Quello che è fuori dalla legge sono i più di otto giorni, oppure gli usi di farmaci che non sono registrati. L'interpretazione su quale sia l'uso terapeutico, spetta al dibattito fra scienza e coscienza e oggettività della prescrizione. Ma per quanto riguarda il discorso affidamento o prescrizione, il rischio legale è assolutamente identico. Lo chieda al Parlamento questo. Teoricamente tutto è fattibile. Non so se quella riforma andrà in porto prima della fine della legislatura, c'è un certo consenso politico, mi sembra, anche se non c'è stata l'unanimità per fare approvare la legge direttamente in commissione, e questo già la dice lunga secondo me. Si tratta di una legge che è esplicitamente rivolta ad un uso terapeutico in certe categorie di persone, come malati tumorali. So anche di alcuni operatori che hanno cercato di fare pressioni sulle commissioni, perché la levassero, ma in quella forma, secondo me, sicuramente non passerebbe. Se vuole, giù di sotto ho la bozza del disegno di legge. Quella con la stampa del Parlamento; adesso, in verità, non so se le commissioni la stiano modificando nel senso che dite voi, può essere pure. Non mi pare che ci sia l'aria politica, perché succeda. In ogni caso mi sembra che quella legge, se passa, è un primo passo per far capire che non si deve fare di tutta l'erba un fascio; l'uso dei farmaci stupefacenti, che per quanto riguarda gli usi che interessano a voi è un piccolo passo, però, concettualmente, scarta questa idea della oggettività della prescrizione, rispetto alla soggettività del trattamento, che secondo me è il concetto di base, perché secondo me rimane un po' scorretto e pericoloso mescolare l'aspetto della correttezza dei trattamenti con quello della legislazione in generale, in cui a uno piacerebbe dire che la vorrei più di un senso, più di un altro. Quello che bisognerebbe cercare di dire è escludiamo gli aspetti di trattamento dalla legislazione. Il che non vuole dire necessariamente essere più tolleranti o permessivi con l'uso delle sostanze. Secondo me sono due aspetti che vanno tenuti distinti. Quello delle cure vere e proprie e quella della maggiore tolleranza che io culturalmente

posso anche condividere, ma mi sembra scorretto mescolarlo. Dal punto di vista pratico poi porta al risultato che, per evitare di sembrare tolleranti verso l'uso delle sostanze, si è intolleranti poi verso i trattamenti, questo è quello che succede in pratica. Sarà una posizione un po' troppo pragmatica e cerchiobottista forse, però non mi pare che sia la strada per uscirne, con tutto il rispetto ovviamente per chi ha pagato in prima persona per questo genere di problemi.»

Padre Giuliano STENICO:-«No, siccome come prete, come responsabile di un Cei, sono stato designato come un responsabile di una camera della tortura, allora qualcosa vorrei dire. Ma non è solo per questo. Mi sembra che ci sono stati alcuni spunti positivi, che vorrei riprendere perché sono quelle intuizioni che si hanno rispetto alle quali bisogna condividere. Che sono: primo l'affermazione che è stata fatta circa il buon senso. Che sembra una cosa non configurabile, in realtà lo è. Io lo tradurrei così: l'esperienza che gli operatori del pubblico e del privato hanno accumulato nel tempo sulla cultura dell'intervento. Rispetto alla quale gli strumenti scientifici che noi usiamo sono estremamente importanti, ma sono scientifici. La sintesi che si fa invece fa parte del cosiddetto buon senso, che non è né una questione di buon cuore, né una questione di equilibrio, è una questione proprio di esperienza accumulata e verificata con gli strumenti. Secondo, la cosa che è stata detta, mi sembra da lei, che non si sa perché guariscono. Io me lo sono detto tante volte. Vi potrei raccontare tantissime storie. Non si sa perché guariscono anche situazioni di persone che hanno problemi di tossicodipendenze, di AIDS e qualche problematica psichiatrica, che hanno trovato un modello, uno stile di vita positivo. Così come non si sa, in fondo, perché alcuni non riescano a trovare la strada. Rispetto a questo non si sa, mi sembra importante, un po' quello che dicevo, il cuore della relazione è costruire delle opportunità, il più possibile, rispetto alle quali l'individuo possa crescere. E riprendo quello che diceva NICOLETTI. Non è che noi possiamo fare le stesse cose in ogni ambiente. Un contesto di comunità terapeutica ha degli obiettivi e deve mantenere fede a quegli obiettivi. Perché è un'opportunità. Purché non pretenda di porsi come l'opportunità. Vedo l'individuo come uno che compie un viaggio. Rispetto a questo viaggio e agli ambienti che vede, probabilmente scopre delle intuizioni che scattano dentro di lui. Penso che allora sia importante questa conclusione, che, non un servizio da solo, non l'operatore da solo, non nemmeno lo stesso sistema dei servizi, strettamente detti, ma anche l'associazionismo e il volontariato costituiscono questa opportunità.
Quello che ha detto il signore riguardo al Ceis mi sembrano francamente delle leggende metropolitane, nel senso che il SERT non viene a farci una visitina, sa esattamente quello che si fa. Siamo sottoposti al certificato anche di qualità delle procedure. Per quanto riguarda i preti, non è questione di preti o laici. Se ci sono delle persone che hanno dei disturbi di personalità, sarebbe bene che non fossero dei leader nazionali, però siccome dall'altra parte, ce ne sono altrettanti che hanno dei disturbi di personalità è molto difficile poi riuscire a intervenire. Che forza abbiamo noi operatori? È quella che ci prendiamo, quella che ci concedono, però, francamente, San Patrignano, lo sapete meglio di me, ha un potere assolutamente sovra dimensionato rispetto all'intervento che fa.»

TOSSICODIPENDENZA FEMMINILE E GENITORIALITÀ

Chairman Dott.ssa M. Novella CORDONE:- «Sono la responsabile dell'Ufficio tossicodipendenze del Ministero della Sanità. Oggi abbiamo una tematica di grande interesse. Qualcuno di voi ha chiesto di sapere il programma degli interventi. Ora ve li leggo rapidamente. La dottoressa SAMBATARO aprirà con "Donne e tossicodipendenza: dalla complessità alle proposte terapeutiche". Seguirà l'intervento della dottoressa Maria Pia BRUNATO, che ci parlerà di "Maternità e tossicodipendenza". Poi avremo l'intervento della dottoressa Margherita RICCIUTI su "Tossicodipendenza e differenza di genere nel ruolo genitoriale", Don BENZI che ci parlerà della "Relazione particolare tra madre e figlio nel percorso terapeutico". Quindi, la dottoressa Susanna COLLODI tratterà il tema "La presa in carico e il trattamento delle donne tossicodipendenti durante la gravidanza e il puerperio", un'esperienza del SERT di Roma. La dottoressa BURRONI ci parlerà del "Progetto regionale piemontese: esiti a breve, medio e lungo termine del trattamento delle madri tossicodipendenti e dei loro bambini. Valutazione integrata delle capacità genitoriali dei genitori tossicodipendenti". La dottoressa Simona SALETTI ci parlerà de "La presa in carico di famiglie tossicodipendenti (modello di interventi residenziali)" e la dottoressa CARLETTI ci parlerà della "Genitorialità e tossicodipendenza: esperienze di una comunità residenziale". Poi abbiamo l'Associazione PARSEC, che è del Ministero della Sanità, ma realizzerà un progetto con la dottoressa Daniela CERRI che ce lo illustrerà, infine passeremo agli interventi richiesti.

Come tutti sapete, in Italia, le donne rappresentano circa il 14 per cento di tutta la popolazione tossicodipendente e circa un terzo di esse ha dei figli minori. Nell'ambito dell'utenza dei SERT che noi monitoriamo, le donne tossicodipendenti in stato di gravidanza, con figli, rappresentano una popolazione molto numerosa ma acritica, tale da richiedere un'attenzione particolare e un intervento specifico da parte di tutte le istituzioni preposte a questo problema.

L'acriticità della tossicodipendente è in relazione soprattutto al verificarsi di eventi i quali, in caso di gravidanza o di maternità, possono determinare danni al feto, danni permanenti ai figli, difficoltà psicologiche che i figli possono incontrare e complicanze che possono derivare dalla trasmissione di malattie sessuali, da un punto di vista soprattutto dei vissuti di convivenza.

I dati che abbiamo ci dimostrano come, tra i tossicodipendenti in carico ai servizi, siano anche numerosi i padri con figli minori, anche se nella problematica, il pari ruolo della donna è sicuramente quello maggiormente coinvolto e critico, anche per fattori che incidono psicologicamente di più, che legano di più la madre al figlio.

La condizione genitoriale delle donne tossicodipendenti, da una parte costituisce un elemento di crisi, ma dall'altro potrebbe essere invece individuata come un punto di forza sul quale agire per il recupero e per l'uscita dal tunnel della dipendenza, facendo leva sul ruolo, sul rapporto col figlio, sul danno che eventualmente può essere determinato al figlio e ci sono anche altri timori che potrebbero essere utilizzati forse a scopo quasi terapeutico, cioè quello di evidenziare quale può essere la possibilità di perdere il ruolo di genitore, se il figlio venga sottratto.
Credo che in questo settore ci sia molto sia da approfondire e da studiare ancora ed è per questo motivo che il Ministero della Sanità ha accolto molto volentieri la possibilità e il segnale di interesse da parte del Dipartimento degli Affari Sociali e insieme costruiranno dei progetti.
Un progetto, per la verità, è stato già finanziato con i fondi dello scorso anno e verrà bandita una gara, quindi sono state espletate tutte le procedure amministrative, è stato individuato un ente che molto probabilmente, da gennaio, comincerà la sua attività. Vi sarà illustrata dal responsabile del progetto questa iniziativa, che sarà seguita da un altro progetto che la Presidenza ha finanziato per l'anno 2000, che farà il punto, partirà un po' da dove l'altro si ferma. E' un progetto che sfiora questa tematica, nel senso che la allarga anche ad altre problematiche assai critiche come quelle del tossicodipendente con un risvolto di patologia psichiatrica e anche con le problematiche legate alla prostituzione.
Una delle altre difficoltà che si incontrano nella gestione di questi problemi è che le tante sfaccettature che la questione presenta non sono affrontate tutte da un'unica struttura e quindi con un unico progetto di intervento. Sono tante le forze che devono essere messe in campo per raggiungere l'obiettivo e il coordinamento di tutte queste risorse umane: non sempre è così logico e così ben costruito.
La nuova legge, la riforma, credo che in questo senso ci darà una grossa mano, perché vede questa rete estendersi sempre intorno a quello che è l'obiettivo centrale, cioè la persona; se tutti noi, a cominciare dalle istituzioni che per ora hanno lavorato su questo nuovo impianto, le Regioni, le ASL, le aziende, tutti quanti fino all'ultimo operatore, saremo così attenti nel realizzarlo, credo che forse effettivamente faremo un grosso passo avanti.
Passiamo agli interventi più interessanti e allora, la dottoressa Venera SAMBATARO, del SERT di Adrano, di Catania, ci parlerà, come avevamo detto prima, de "Le donne tossicodipendenti: dalla complessità alle proposte terapeutiche".»

Dott.ssa Venera SAMBATARO:- «Vi annoierò con un po' di dati che in questi giorni sono stati detti e ridetti, in modo più o meno parziale. Volevo partire da un dato di fatto e poi, se mi consentite, velocemente scorreremo un po' di dati nello specifico.
Sono cifre che si riferiscono al '98 perché soltanto ieri abbiamo avuto quelli del '99, comunque ho dato un' occhiata veloce e non ci sono differenze significative nei numeri che andremo a vedere, tra il '98 e il '99.
Come già abbiamo più volte detto, il 14 per cento dei nostri utenti tossicodipendenti sono donne e il problema diventa importante perché appunto il 30 per cento di queste donne ha figli in età minore e tra l'altro con il problema della cronicità, quindi dell'alzarsi dell'età media, questa percentuale è destinata ad aumentare.
Naturalmente, tra una regione e l'altra, abbiamo, come per gli uomini, delle differenze sostanziali e significative nel rapporto maschi/femmine e all'interno della stessa regione abbiamo differenze importanti tra una zona e l'altra, le zone rurali sono meno interessate di quelle metropolitane.
Da questo punto di vista, abbiamo delle grosse difficoltà nel centrare e focalizzare bene il problema, perché i dati epidemiologici che riceviamo dai Ministeri dell'Interno, Giustizia e Sanità, non contengono elementi specifici. Hanno il dato maschio/femmina, però non hanno quello sulla prole, né per i maschi, né per le femmine. Questo è un dato

che nel documento della Consulta avrete visto: il primo punto che abbiamo richiesto è che il Dipartimento si faccia carico di chiedere al Ministero della Sanità di inserirlo.
Nel '98, le donne censite dal Ministero della Sanità sono state nella popolazione dei tossicodipendenti, 18.916 e nel '99 sono poco più di 19.000, quindi la differenza è poca, con un rapporto maschio/femmina di 6,3 a 1. Questo rapporto, c'è da dire una cosa che mi pare positiva, conferma un trend in discesa rispetto alle donne. Infatti siamo passati da un rapporto di 5,2 a 1 del '91 a un rapporto di 6 a 2 nel '97, e questo è abbastanza significativo.
La prevalenza, a livello di regioni, è molto più marcata nel Nordest e va, man mano che noi scendiamo, fino alle regioni meridionali, decrescendo fino a un rapporto di quasi 16 a 1 in Calabria.
Probabilmente le condizioni di vita, più legate a un modello di tipo agricolo o contadino, riducono sicuramente l'incidenza della malattia.
Per quanto riguarda i dati epidemiologici relativi alle patologie correlate alla tossicodipendenza, possiamo vedere che per quanto riguarda la B, non abbiamo sostanziali differenze tra maschi e femmine, anzi, per la B c'è un lieve decremento, ma è legato anche alla campagna di vaccinazione, e invece per la C c'è un lieve aumento nelle donne rispetto agli anni precedenti.
Per quanto invece riguarda l'HIV, la situazione è un po' più drammatica, perché siamo passati, per quanto riguarda le donne, da un 16 per cento di donne nell'85 a un 25/26 per cento nel '99. Per quanto riguarda la distribuzione dei casi di sieropositività per HIV nella donna rispetto alle categorie di esposizione, c'è da dire che c'è un 60 per cento dei casi è costituito comunque da persone che fanno uso di droghe per via endovenosa.
Ancora più carenti sono i dati che riguardano l'alcool. Molto spesso noi parliamo di droghe e ci scordiamo l'alcool, che è ancora più importante, per i danni sul feto, rispetto alle droghe, perché poi ci sono anche dei danni che il medico sa, che si portano avanti anche su altri livelli. Tra l'altro, l'alcool è ancora più forte come consumo e numero di donne interessate al fenomeno. A livello dei dati del '96, il rapporto maschio/femmina era di 3,2 a 1, quindi abbastanza elevato. Mentre il dato sulla tossicodipendenza mostra che non ci sono differenze tra Nord e Sud specifiche, possiamo avere alti rapporti in alcune regioni del Nord e consistenti numeri di donne alcoliste anche al Sud. Per esempio, abbiamo che nel Sud il rapporto è di 3 a 1 in Sicilia, Basilicata e Puglia. Ci aspetteremmo qualcosa di diverso. Poi vedremo perché. Bisogna cominciare a fare attenzione a questo dato. Tra l'altro, a livello nazionale, non abbiamo neanche - forse si è già posta l'attenzione a questa faccenda delle patologie psichiatriche o somatiche collegate con la tossicodipendenza - dati specifici per le donne rispetto a questo tipo di patologie, né rispetto ai trattamenti fatti.
Rispetto alle nuove forme di dipendenza, le nuove droghe e il gioco d'azzardo, abbiamo proprio il deserto totale dei dati, non c'è nulla e sicuramente anche queste sono delle patologie che certamente coinvolgono molto anche la donna, specialmente il gioco d'azzardo.
Nei dati che andiamo a visionare o a costruire tutti gli anni, mancano informazioni puntuali sulla situazione familiare o sociale dei nostri utenti. Quindi non abbiamo modo di costruire una mappa familiare che ci aiuti. Una cosa da evidenziare, ma che poi ha un suo corrispettivo negativo da questo punto di vista, è stata che sicuramente le donne incidono percentualmente in misura minore nell'essere protagoniste di comportamenti devianti legati all'abuso. Probabilmente questo ha un suo corrispettivo diverso che vedremo dopo. Tra l'altro, questo basso rapporto donna/uomo nell'abuso di sostanze illegali, si accompagna a una rilevanza notevole nella popolazione femminile di disturbi dell'alimentazione. Ormai sappiamo tutti quanti che il problema dell'asse anoressia/bulimia è un corrispettivo, nel mondo psichico femminile, della dipendenza da sostanze e anche questo andrebbe approfondito.
Sicuramente, anche nella donna, ma forse soprattutto nella donna, la tossicodipendenza

esprime più che nell'uomo una sofferenza che viene espressa non tanto come trasgressione, come è sicuramente più nell'uomo, ma che viene compensata, comunque curata come self therapy, mediante l'uso delle sostanze. Quindi, la tossicodipendenza non ha una sua connotazione specifica di patologia ben definita a cui possa corrispondere una personalità o comunque una struttura di famiglia ben precisa. Diciamo che esprime una sofferenza che poi viene compensata in questa maniera.

Credo che sia nell'esperienza di tutti il fatto che, se anche sono di meno le donne tra i nostri utenti, sicuramente sono quelle più difficili da trattare, sia perché probabilmente hanno una maggiore resistenza a conformarsi alle regole dei servizi, delle comunità anche se poi, tutto sommato, quando decidono di farsi curare, rispondono meglio, perché sono più capaci di mettersi in gioco, di mettersi in discussione e quindi di attivare risorse interiori che sono certamente utili nel processo di guarigione, di uscita. Questo è abbastanza importante, secondo me.

Tra l'altro, la maggiore gravità, secondo me, delle nostre pazienti deriva anche dal fatto che certamente sono le più fragili, quelle che hanno vissuti più degradanti o comunque problemi psichici maggiori; la doppia diagnosi, che riguarda i problemi dell'affettività, è molto frequente nelle donne. La prevalenza di disturbi psichiatrici tra le donne tossicodipendenti riguarda la depressione, per esempio, nelle sue forme più o meno gravi. Questa valenza di disturbo dell'affettività, insieme alla tossicodipendenza, aumenta il potere invalidante della situazione di tossicomania, probabilmente perché la donna, in questo contesto, anche per un fatto culturale nostro, è più emarginata socialmente e familiarmente quando si trova in questo tipo di condizione. Tra l'altro, nella nostra cultura di tipo mediterraneo, i ruoli che storicamente e culturalmente vengono riconosciuti alla donna sono quelli che riguardano la relazione. La donna soprattutto, sia in ambito professionale che familiare, viene coinvolta, viene riconosciuta, come ruolo, come allevatrice, come educatrice, come insegnante, assistente, come colei che si prende cura degli altri, per cui una patologia che ne alteri la relazione la mette sicuramente in condizione di disagio e di incapacità a gestire questa relazione.

Probabilmente la donna viene vissuta nei nostri contesti più come viziosa quando diventa tossicodipendente, cioè noi ci aspettiamo che la donna, nella nostra cultura, sia solida, sia più sana del maschio, è un fatto culturale, diciamo e quindi quando esce fuori da questa normalità, probabilmente viene percepita in modo peggiore rispetto all'uomo e questo ne crea ancora di più l'emarginazione, perché viene vissuta come cattiva.

Tra l'altro, normalmente noi sappiamo che i nostri utenti uomini il più delle volte hanno delle compagne che non sono tossicodipendenti e lo stesso invece non avviene per quanto riguarda le donne, le quali, quando sono tossicodipendenti, hanno quasi sempre un compagno o un marito anch'egli tossicodipendente. Questo non fa che peggiorare la situazione, perché comunque, nei casi di maternità, abbiamo delle situazioni veramente drammatiche perché è vero che certamente il ruolo del padre nella gestione di un bambino è importante, però è anche vero che nella coppia in cui soltanto l'uomo è tossicodipendente c'è questa madre "sana" "forte", che comunque si fa carico di accudire e di svolgere un ruolo positivo rispetto alla maternità. Nel caso invece di donna tossicodipendente questo non avviene il più delle volte. Credo che è nell'esperienza di tutti: quasi tutte hanno un marito o un compagno tossicodipendente e questo peggiora notevolmente le cose. In questi casi di coppia tossicodipendente, vediamo che la donna spesso vive quasi all'ombra di questo uomo del quale segue le "gesta" in modo quasi inconsapevole, ingenuo, cioè accompagna questo marito costantemente in tutto quello che fa, non è capace mai di dire, di essere la molla che spinge all'uscita, al cambiamento. Tra l'altro, nella nostra cultura, in ogni caso, la donna viene doppiamente svalorizzata, in quanto donna e in quanto tossicodipendente e poi, se diventa madre, ancora di più perché, se già non vale nulla come donna perché è tossicodipendente, come madre sarà ancora un fallimento.

Tra l'altro, abbiamo anche un discorso che poi complica in modo drammatico la situa-

zione, cioè abbiamo tra le nostre utenti diverse fasce sociali. Quelle che magari hanno una condizione socio - economica, familiare di appartenenza, stabile, solida, magari tirano avanti mantenendo un contesto di normalità nella vita quotidiana, lavorano, studiano, non hanno necessità particolari. Sicuramente, quelle che invece non hanno questo sostegno economico, trovano nella prostituzione la risorsa fondamentale per acquisire la sostanza e questo sicuramente comporta una complicazione dei rapporti e dei vissuti sia per tutto ciò che riguarda la maternità, ma anche per lo sfruttamento a cui sono sottoposte, che quindi diventa un circolo vizioso.
Credo che il problema della prostituzione, giustifica quello che dicevamo prima, la bassa prevalenza nelle donne di comportamenti devianti, perché in realtà la prostituzione è un comportamento deviante "non punibile" e quindi non rientra tra i reati e non è poi riconosciuta da questo punto di vista.
Fatto questo esame molto sommario e molto veloce, ci rendiamo conto di quanto sia importante gestire la maternità e seguire in un percorso di crescita questi bambini, proprio perché dobbiamo aiutare queste donne a sapere essere madri. Sono convinta di una cosa. Quanto più noi operatori crediamo nella capacità delle nostre pazienti di essere madri, tanto più loro riusciranno a esserlo: dipende da noi, dalla fiducia che riponiamo in queste loro capacità, per tirarle fuori e amplificarle, aumentarle e renderle consapevoli.
Nella nostra cultura, e questo è un vissuto che anche la donna si porta dietro, quando uno si piglia in carico una tossicodipendente in gravidanza, ci sono linee di pensiero, o si pensa che la si può "redimere" perché la maternità mette in atto dei vissuti importanti, significativi che poi la possono aiutare a rimanere fuori da questo circuito, oppure la gravidanza di per sé può diventare, per l'incapacità a gestire regole e nuovi rapporti e relazioni, il definitivo asservimento alla tossicodipendenza stessa, quindi un fallimento totale.
E' accertato quanto sia importante la relazione madre - bambino rispetto allo sviluppo del bambino stesso. Quindi, il bambino, in sé e per sé, deve diventare un oggetto privilegiato di interventi di sostegno, che ne permettano lo sviluppo armonico perché anche lui, a sua volta, non abbia a patire nell'età più adulta, problemi che gli deriveranno da questo distorto rapporto con la madre.
Tra l'altro, il problema della diade madre - bambino diventa ancora più complicato e più "pericoloso" quando in donne che hanno avuto o che fanno un uso costante di droghe, ci sono problemi di sieropositività o di AIDS conclamato. In questo caso, il fatto di dover fare continue cure mediche, controlli, complica sicuramente la situazione, in tanto perché crea ansia nella madre e quindi aumenta quel senso di incapacità, questo senso di inadeguatezza rispetto al prendersi cura del bambino, ma sicuramente anche dove c'è una famiglia di origine che si prende cura di questa diade madre - bambino, aumenta sicuramente la conflittualità dei rapporti, perché comunque crea ansia e disagio all'interno di tutta la famiglia. Credo che ci sono già tante esperienze in Italia, Torino da questo punto di vista è un'esperienza pilota. Ci sono anche tante strutture private che hanno approfondito questo argomento e credo che sicuramente dobbiamo avere chiarezza perché le esperienze non vadano liberamente da una parte o dall'altra, ma si crei una modalità di intervento che approfondisca e affronti in modo globale l'argomento.
Gli obiettivi che dobbiamo porci rispetto alla presa in carico della donna che deve diventare madre o che è madre sono sicuramente il contenuto farmacologico della tossicomania. A questo punto, voglio fare una piccola nota, non polemica, ma proprio che ci riguarda tutti. Credo che tutti sappiamo che nella donna gravida si utilizza il metadone per ridurre l'astinenza neonatale, per evitare l'aborto precoce. Credo che bisognerebbe sollecitare una variazione della scheda tecnica del metadone, perché tutti i medici che lo prescrivono alle donne gravide rischiano di essere incriminati perché sul foglietto illustrativo c'è scritto che è controindicato in gravidanza e quindi vuol dire che lo facciamo perché clinicamente è giusto, perché da anni vediamo quanto sia utile farlo, però in real-

tà, come sempre nei nostri servizi, lavoriamo allo sbaraglio, a nostro rischio e pericolo, solo perché ci crediamo.
Poi, naturalmente, a parte il contenimento della tossicomania, dal punto di vista farmacologico, servono tutta una serie di interventi counselling, di psicoterapia, che aumentino l'autostima, e la tolleranza alle frustrazioni. Dobbiamo anche puntare, ove si può, a rinforzare questa rete naturale di risorse intorno alla donna, a riportare quello che c'è, ma ad amplificarlo, se possibile, costruendo una rete ancora più larga intorno e poi renderla consapevole del ruolo materno, perché spesso ciò manca e quindi aiutarla ad acquisire questo ruolo genitoriale che non sempre è chiaro perché spesso la donna, inizialmente, ce l'ha e poi appena comincia a nascere il bambino, da un canto la depressione post partum, da un canto i problemi del bambino, alla fine comincia a mettersi in crisi e a non credere più di essere realmente capace. Credo che lo scopo finale di tutto il lavoro che dobbiamo portare avanti o costruire o progettare, è quello di pensare a una rete di servizi che non sia casuale. Voglio dire, ci sono bellissime esperienze in Italia, ma ci sono anche esperienze, come la mia, in cui nel reparto vicino al mio servizio, non ricoverano le tossicodipendenti, perché non le vogliono e allora devo contattare altri reparti per cortesia, per amicizia, come spesso non mi ricoverano i pazienti con l'AIDS, anche se hanno l'appendicite acuta non li vogliono. Deve essere un discorso che dobbiamo sforzarci di portare su un progetto globale, che sia istituzionalmente riconosciuto e che si faccia dappertutto, quindi una rete che permetta di approfondire tutto l'ambito, la scuola, i consultori, il Tribunale dei Minori, tutta una serie di agenzie che poi, insieme al SERT, costruiscano questo progetto.
Tra l'altro, nelle comunità, inizialmente non erano presenti operatrici femminili. Adesso, man mano che ci si sta un po' specializzando, che hanno assunto una connotazione più di tipo terapeutico nel senso più stretto, sta aumentando il personale femminile. Un paio d'anni fa, con un paio di colleghe di Roma, abbiamo riflettuto su questa forte presenza nei SERT di donne, perché circa il 70 per cento degli operatori dei SERT sono donne. Questo non credo che fosse casuale, intanto perché probabilmente le professionalità del SERT sono di genere più "femminile", cioè psicologo, assistente sociale - sicuramente questa è la nostra ipotesi di partenza che poi abbiamo cercato di verificare con un progetto che adesso vi accenno e al quale magari vi chiedo di partecipare nel tempo - poi perché la donna ha una maggiore capacità di farsi carico della sofferenza, di prendersi cura, quindi anche di coloro i quali vengono poi percepiti nell'immaginario collettivo come pericolosi, e il drogato è considerato pericoloso. Questa piccola constatazione, che poi fu anche la base di questo rapporto con la Ministra TURCO, durante un lavoro che abbiamo fatto qualche anno fa, ci ha portate a costruire un progetto, un questionario che è stato fatto dalla dottoressa SPLENDORI di Roma, sulle differenze di genere nei SERT.
Una cosa che abbiamo notato e credo che anche voi ve ne sarete accorte, è che probabilmente anche gli uomini che lavorano nei SERT, quelli che ci vogliono lavorare, intendiamoci, hanno comunque questa parte femminile del prendersi cura che è molto forte, cioè il macho, nel SERT, non è molto accettato o comunque non è a suo agio. Questo progetto è ancora aperto, la dottoressa SPLENDORI è a Roma B e la si può contattare, anche perché abbiamo fatto quell'indagine nel Lazio e Sicilia, abbiamo tratto delle conclusioni che chiaramente sono parziali, perché riguardano due regioni abbastanza distanti, con caratteristiche anche culturali diverse. Quindi, è un invito a voi, eventualmente potete dirlo a me o alla dottoressa COLLODI, che è più vicina alla dottoressa SPLENDORI, a continuare questa collaborazione.»

Chairman Dott.ssa M. Novella CORDONE:- «Adesso c'è l'intervento dell'Assessore alla Solidarietà Sociale e alla Politiche Giovanili della Provincia di Torino, dottoressa Maria Pia BRUNATO, che ci parlerà della "Maternità e Tossicodipendenza".»

Dott.ssa Maria Pia BRUNATO:- «Devo dire che in quanto a emozione non sono da meno, anche perché credo che rispetto alla maggioranza di voi, mi sento un po' usurpatrice, perché questo è un argomento molto tecnico e, come voi sapete, la tecnica non è una delle virtù o delle qualità degli assessori per cui sono più portatrice di esperienza di chi collabora con me, che non di una mia esperienza diretta sul campo.
La relazione che mi ha preceduto credo apra una discussione che potrebbe andare avanti giorni e giorni.
La Provincia di Torino, da tre anni finanzia una comunità di recupero per donne tossicodipendenti all'interno del carcere Delle Vallette. E' un' esperienza unica in Italia, per come è strutturata, anche perché è una comunità che si affianca al maschile, che già esisteva da sette o otto anni, ma è fatta nello stesso reparto del maschile e questa è una grossa novità.
Sono in contatto diretto con questa comunità di donne, sono sette, e hanno quasi finito il loro percorso; sono in contatto diretto perché, essendo stata colei che ha scelto fortemente questa comunità, insieme al Direttore e a Don Paolo FINI, che gestisce anche il maschile, quasi mensilmente passo almeno una giornata con queste donne.
Il dato che mi è venuto in mente è stato questo: la maggior parte di queste donne ha figli adolescenti, la loro storia le ha portate a essere lontane da questi figli e lontane vuol dire proprio a non avere più contatti e forse il dato più importante del loro percorso all'interno della comunità, oltre al fatto di essere uscite anche forzatamente dalla dipendenza, è stato che praticamente ognuna di loro, dopo qualche mese di comunità, ha avuto la forza di rimettersi in contatto con i figli, perché finalmente si sentiva degna di potersi ripresentare a loro e questo, devo dire, come donna, mamma, scusate il personale che ci metto, l'ho trovato estremamente significativo. Nei miei contatti con uomini in comunità, in carcere o fuori dal carcere, forse perché non ispiravo la stessa confidenza in un uomo, ma questa confidenza non mi è mai stata fatta. Metterci di più, essere coinvolte di più con le donne tossicodipendenti è un dato sicuramente reale.
Perché le Province si occupano di maternità? Adesso, finalmente, con l'approvazione della Legge quadro, questa materia non sarà più di competenza delle Province, ma, nei vari passaggi di competenze, alle Province era rimasta la competenza sulle donne, madri in difficoltà e sui bimbi in situazione di abbandono morale e materiale. Rispetto a questa coda di competenza sui servizi alla persona, la Provincia di Torino, in questi anni, ha voluto creare un'esperienza forte e posso dire che, con soddisfazione, i servizi che fino ad oggi abbiamo in qualche modo sostenuto e che adesso trasferiremo ai Comuni e ai consorzi di Comuni, sono sicuramente un esempio per una parte del territorio italiano.
La Provincia di Torino ha cinque comunità di cui tre per donne gestanti e ragazze madri e due per bimbi piccoli. Perché ad un certo punto abbiamo deciso di focalizzare la nostra esperienza sulle donne tossicodipendenti? Un paio di anni fa, credo, in un' estate in cui forse i giornalisti o quel giornalista non aveva niente da fare, apparve sulla cronaca nella Stampa di Torino, un titolone, "l'Assessore BRUNATO dimentica per sei mesi un bambino in ospedale". Al di là del dispiacere di essere coinvolta in un titolone di quel genere, la situazione era questa: questo bimbo era nato in gennaio o febbraio, figlio di una tossicodipendente, in crisi di astinenza, dopo di che era stato tenuto in ospedale per il tempo necessario per essere curato, nel frattempo la madre era stata dimessa e lei, nella confusione della sua situazione, cercava di capire se voleva lasciare il bambino o se voleva andare in comunità con il bambino. Nel frattempo si stava cercando una comunità che accogliesse entrambi, nel frattempo non si sapeva cosa fare del bambino. Tra una cosa e l'altra sono passati sei mesi. Sicuramente, ognuno, cioè la Provincia di Torino, l'ospedale, il SERT, i servizi sociali, il Tribunale, stava cercando di fare al meglio il proprio compito, ma il risultato era che un bimbo era rimasto sei mesi in ospedale senza "meritarselo".
Da quell'episodio, ma in realtà da considerazioni che chi collabora con me e gli operatori con cui siamo in contatto sul territorio, è nato il desiderio di fare una riflessione seria

su maternità e tossicodipendenza, che è stata fatta il 13 e 14 di novembre, quindi poche settimane fa, nell'ambito di un seminario internazionale a cui ha partecipato il Ministro Livia TURCO, dove sono state portate diverse esperienze e si è fatto un po' il punto della situazione.

Vi racconterò che cosa ci siamo detti in questo seminario, che poi ci ha portato ad arrivare alle considerazioni che faceva la relatrice che mi ha preceduto circa il metodo di lavoro.

La Provincia di Torino gestisce cinque comunità, tre per gestanti e madri e due per neonati. Per neonati intendo per bimbi piccoli, da zero a tre anni. Queste comunità nascono negli anni '79/'81, dal progetto di ristrutturazione conseguente alla chiusura dell'IPIM, si collocano in un clima di rinnovamento nella filosofia e nella gestione dei servizi e degli interventi sociali, che vede fortemente impegnate le amministrazioni locali. Pur non essendo una novità, in quanto in quegli anni vengono istituiti diversi servizi territoriali e di comunità, queste strutture, per la tipologia di ospiti e la particolare attenzione al sostegno della genitorialità, costituiscono un'esperienza innovativa e unica nel territorio della provincia di Torino.

Sono comunità che comprendono cinque, sei donne, o gestanti o con bambino; le comunità per bambini arrivano a un massimo di otto minori.

L'ipotesi di base era e continua ed essere che la maternità non è data, ma deve essere conquistata e quindi fortemente voluta e pertanto, nelle situazioni di particolare difficoltà, tra cui la tossicodipendenza, è necessario che sia sostenuta.

Accogliere la madre fin dai primi mesi di gestazione avrebbe tutelato non soltanto il bambino da eventuali danni psicofisici, ma avrebbe, nel contempo, consentito alla stessa di avviare quel dialogo interiore, considerato propedeutico all'instaurarsi del processo di attaccamento necessario alla crescita del bambino e importante per le sue future esperienze di relazione e il suo equilibrato sviluppo psicomotorio.

Fin dalla loro apertura, tutte e cinque le comunità hanno accolto mamme con bambino e bambini soli con situazioni sociali, familiari e problematiche personali molto diversificate, di salute mentale, di disagio socio - familiare grave, di dipendenza da alcool e sostanze.

Pur non essendo nate per accogliere mamme tossicodipendenti, di fatto le tre comunità per gestanti e madri, già nei primi anni di apertura, si sono trovate ad affrontare problematiche, comprese anche situazioni sanitarie gravi, allora nuove per la realtà italiana. Apro una parentesi, adesso abbiamo il problema delle donne straniere, quindi ancora un altro problema.

Negli ultimi otto anni, sono stati accolti nelle comunità per bambini 262 minori, di cui 118 non riconosciuti, 144 riconosciuti da almeno un genitore. Tra questi ultimi, ben 79, quindi circa il 55%, erano figli di madri con problemi di tossicodipendenza.

Dalla loro apertura, le comunità per gestanti e madri, sono state accolte, con i loro figli, 490 mamme, di cui 49, quindi il 10 per cento, con problemi di dipendenza.

Attualmente, la Provincia di Torino gestisce, attraverso una convenzione con il Comune di Torino, queste comunità.

Sulla base di questa esperienza, ma anche e soprattutto tenendo conto delle azioni effettuate dalla rete dei servizi per la tossicodipendenza che si sono strutturate negli anni, e che interagisce con le comunità, l'Amministrazione provinciale, in coerenza con i propri compiti istituzionali e di promozione di un sistema integrato di interventi, previsto anche dalla Legge quadro, come vi dicevo, ha organizzato questo convegno. Scopo di tale seminario non è stato solo quello di fare il punto della situazione su tali tematiche a livello interdisciplinare e anche attraverso significative esperienze estere, ma anche e soprattutto di discutere, delineare e proporre eventuali protocolli, procedure, percorsi per favorire sia i sostegni alla valutazione del rapporto e dell'attaccamento ai figli, sia la più adeguata tutela e protezione possibile dei minori.

Attualmente nel nostro contesto territoriale, in situazioni di carenze gravi, questa funzio-